

GE_GERICHTE A/2769/2012 vom 29. April 2013

GE Cour de justice, 2013-04-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2769_2012

FR: GE_GERICHTE A/2769/2012 du 29 avril 2013

IT: GE_GERICHTE A/2769/2012 del 29 aprile 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 29.04.2013
A/2769/2012

A/2769/2012 ATAS/401/2013 du 29.04.2013 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2769/2012
ATAS/401/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 29 avril
2013 9ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENEVE,
représenté par l'ASSUAS Association suisse des assurés recourant contre OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12,
GENEVE intimé EN FAIT Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né
en 1961, naturalisé suisse depuis 2006, est marié et père de deux enfants, nés en 1993 et en
1994. Au bénéfice d'un diplôme de mécanicien de précision et d'un diplôme de
perfectionnement dans cette branche, il a travaillé en cette qualité pendant dix ans en
Yougoslavie. Après son arrivée en Suisse, il a travaillé à plein temps auprès de
X_____ (ci-après l'employeur) comme déménageur, puis comme aide chauffeur
voirie, chargé du ramassage des poubelles, du 24 septembre 1997 au 31 mai 2006, date à
laquelle son contrat de travail a été résilié. Il a déposé une demande de rente de
l'assurance-invalidité le 14 septembre 2006 en invoquant de graves problèmes psychiques,
d'importants problèmes aux épaules, et de l'hypertension. Le 15 mars 2007, il a subi une
suture de la coiffe des rotateurs associée à une acromioplastie de l'épaule droite aux
Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG). Dans leur compte-rendu du 23 mars
2007, les Drs L_____, chef de clinique et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique
et traumatologie de l'appareil locomoteur, M_____ et O_____, tous deux
médecins internes, ont posé le diagnostic de rupture du sus-épineux transfixiante de l'épaule
droite tout en relevant des antécédents d'apnée du sommeil, d'hypercholestérolémie et de
dépression. Dans son rapport du 25 avril 2007, le Dr P_____, spécialiste FMH en
rhumatologie et médecine interne générale, a indiqué que l'assuré présentait un status après
réparation de la coiffe des rotateurs au niveau de l'épaule droite et une déchirure de la coiffe
des rotateurs de l'épaule gauche pour lequel il proposait un traitement par ondes de choc. Le
30 mai 2007, il a fait état de l'évolution défavorable, avec la persistance des douleurs au
niveau de l'épaule opérée et des douleurs de l'épaule gauche non modifiées par le traitement
d'ondes de choc. Son patient présentait un status après suture de la coiffe des rotateurs à
droite, une tendinopathie chronique de l'épaule gauche, avec l'apparition d'un état dépressif.
Il était évident que ce patient ne pourrait reprendre ses activités d'aide-chauffeur. Dans un
rapport du 8 août 2007, le Dr Q_____, spécialiste FMH en pneumologie et médecine
interne générale, qui avait suivi l'assuré du 4 octobre 2005 au 31 octobre 2006, a
diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome d'apnée du sommeil
depuis 2006, et, sans répercussion sur la capacité de travail, de l'obésité et de l'hypertension
artérielle. L'assuré avait essayé un traitement par un appareil de pression positive continue

(CPAP) qu'il n'avait pas toléré. Il n'y avait pas de traitement alternatif. L'index d'apnées hypopnées était de 24.5/h. La répercussion du diagnostic sur l'activité habituelle était faible, de 20% environ, en raison d'une somnolence avec endormissement au travail et diminution du rendement. Il fallait éviter la conduite et les métiers nécessitant une vigilance importante (bâtiment, chauffeur), et l'assuré ne devait pas travailler en hauteur ou sur une échelle, se déplacer sur un sol irrégulier ou en pente, ou selon un horaire de travail irrégulier. La motivation de l'assuré pour reprendre le travail était moyenne. La capacité de travail raisonnablement exigible en tenant compte des limitations existantes était de 80% dès 2005 dans la profession déjà exercée, et entière dans une activité de bureau, dès le 31 octobre 2006. Le 15 août 2007, le Dr R _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait l'assuré depuis le 3 octobre 2006, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif avec somatisation depuis 2006 et une dépression chronique. L'état de santé de l'assuré s'aggravait. Il revenait à l'orthopédiste de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré car le problème était orthopédique. Dans un rapport du 23 août 2007, le Dr . M _____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré mais que son incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale. On pouvait par contre exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité, telle que du travail de bureau. Sa capacité de travail dans un tel cadre n'était pas évaluable mais il fallait s'attendre à une diminution de rendement. Il fallait que l'assuré évite de porter des charges au-delà de 5 kgs. La motivation de l'assuré pour reprendre le travail était faible. Le 12 novembre 2007, le Dr S _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a jugé que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis 2005, avec persistance des douleurs à l'épaule droite et péjoration des douleurs à l'épaule gauche suite à l'intervention chirurgicale. Le pronostic était très réservé. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité. Le 21 janvier 2008, le Dr P _____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une tendinopathie aux deux épaules et un status après acromioplastie de l'épaule droite depuis 2005. L'état de santé de l'assuré s'aggravait. Dans un "assessment" de la CII-MAMAC (Collaboration interinstitutionnelle par des mesures médicales et professionnelles, un assessment et une gestion par cas) du 4 mars 2008, B _____ a rapporté qu'un stage avait été proposé au recourant, mais qu'un délai de réflexion lui avait été fixé car il ne se voyait pas enfermé, et car il ne supportait pas les autres personnes et pourrait réagir si elles se moquaient de lui. Dans son rapport du 12 mars 2008, le Dr R _____ a indiqué qu'au niveau psychiatrique, l'état de santé de l'assuré était stationnaire après le séjour au Centre de Thérapies Brèves du 22 novembre 2007 au 31 janvier 2008. Il joignait le rapport dudit Centre du 30 mars 2008, dans lequel le Dr T _____ diagnostiquait un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. L'évolution symptomatique avait été partiellement favorable durant le séjour, permettant notamment une reprise de capacité de travail à temps partiel avec mention de limitation physique. Pour le Dr R _____, seuls les problèmes orthopédiques au niveau des deux épaules avaient une influence sur la capacité de travail. Selon les certificats établis par le Dr. S _____, cette dernière s'élevait à 50%. C'était à l'orthopédiste de se prononcer sur la reprise du travail. Dans une note du 8 avril 2008, Madame B _____ a expliqué que l'assuré lui avait fait part d'une nouvelle atteinte à l'épaule gauche, pour laquelle il devrait être opéré en juillet 2008, suite à quoi il devrait avoir 12 mois de physiothérapie, qui semblaient représenter pour lui une période d'arrêt de travail. Elle avait sorti l'assuré du processus CII-MAMAC, dans la mesure où il n'était pas réinsérable sur le marché primaire pour l'instant. Dans un compte-rendu opératoire et résumé de l'observation du 14 juillet

2008, les Drs U _____, chef de clinique et V _____, médecin interne du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, ont diagnostiqué une rupture transfixiante du sus-épineux de l'épaule gauche. Le 8 septembre 2008, le Dr W _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi, a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dès le 10 avril 2008, de manière définitive ou pour une très longue durée à tout le moins. Dans un rapport du 10 octobre 2008, le Dr U _____ a indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire depuis le 21 août 2008. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité, mais une reprise était envisageable, selon évolution dans les trois à six mois. Il n'y avait pas de troubles psychiques. Dans un rapport du 19 novembre 2008, le Dr Q _____ a indiqué que le syndrome d'apnées du sommeil était efficacement contrôlé par l'appareil de pression positive continue (CPAP). Le 12 mars 2009, le Dr LL _____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une déchirure bilatérale au niveau des 2/3 antérieurs du tendon supra-spinatus, associée à une subluxation et à des signes de tendinopathie du tendon long chef du biceps. Dans un rapport d'expertise interdisciplinaire du 16 avril 2009, les Drs LM _____, et LN _____, spécialiste FMH en médecin physique et rééducation et médecine du sport, tous deux médecins-chefs auprès du Centre d'expertises médicales (ci-après COMAI) du Centre d'intégration professionnelle (ci-après CIP), ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques, et une subluxation et tendinopathie du long chef du biceps des deux côtés dans le cadre d'un status après suture de la coiffe des rotateurs et acromioplastie des deux côtés en 2007-2008, actuellement nouvelle déchirure des tendons supra-spinatus des deux côtés. Ils ont également diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble métabolique sévère, une rhinosinusite chronique et une déviation septonasale, une gonarthrose légère bilatérale avec probable poussée à gauche, ainsi que des cervicalgies chroniques sur spondylose et uncarthrose C4-C5. Au niveau du bilan somatique, l'activité d'aide-soignant n'était plus envisageable, mais dans un poste adapté, il n'y avait pas de limitation du temps de travail mais une diminution de rendement de l'ordre de 20%. D'un point de vue pneumologique, le Dr Q _____ avait indiqué que le syndrome d'apnées du sommeil sévère présenté par l'assuré était parfaitement bien contrôlé par le CPAP. Il n'y avait pas de déficit fonctionnel et la capacité de travail dans l'activité habituelle était totale. D'un point de vue neurologique, le Dr LO _____ avait conclu qu'il n'y avait aucun élément affectant la capacité de travail de l'assuré. Au niveau psychiatrique, la Dresse LP _____, spécialiste FMH en psychiatrie, avait diagnostiqué un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. L'intensité des symptômes dépressifs associée aux symptômes psychotiques ne permettait pas de reprendre une quelconque activité professionnelle. Il était nécessaire d'ajuster le traitement psychopharmacologique et de réévaluer la situation après neuf à douze mois. Le pronostic demeurait toutefois réservé vu la chronicisation de la symptomatologie dépressive sévère, ainsi que la possibilité d'une personnalité pré-morbide de type schizotypique ou autre. Dans un avis du 19 juin 2009, le SMR a considéré que l'appréciation psychiatrique que la Dresse LP _____ se fondait essentiellement sur des éléments anamnestiques et non sur une analyse objective. Les éléments anamnestiques retenus étaient en totale contradiction avec les observations rapportées dans une dénonciation du 10 septembre 2008, qui mentionnait que l'assuré travaillait de longues heures, plusieurs jours par semaine, sur les marchés de Plainpalais, Grenus, et Liotard. Une surveillance de l'assuré permettrait de déterminer ce qui était plausible de ce qui ne l'était pas. Dans un courrier du 22 juillet 2009, Monsieur

C _____ du Service de la Sécurité et de l'Espace publics, a indiqué que l'assuré était actif sur quatre marchés de la commune de Genève, depuis le 11 décembre 2007, en tant que vendeur de produits manufacturés. Dans un courrier du 29 mars 2010, il a confirmé que l'assuré vendait toujours des produits manufacturés sur les marchés de la Ville de Genève. Une enquête avec surveillance de l'assuré a été faite entre le 14 avril 2010 et le 10 juillet 2010. Dans un rapport non daté reçu en retour le 22 juillet 2010 par l'OAI, le Dr T _____ a indiqué que l'assuré présentait un tableau dépressif chronique d'intensité moyenne à sévère. Outre les limitations physiques, sur le plan psychique, l'assuré n'était pas en mesure d'effectuer un travail en équipe en raison d'une tension interne, de l'irritabilité, de troubles de la concentration, d'asthénie et d'une humeur dépressive constante. L'activité exercée n'était plus exigible. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Dans un avis du 19 janvier 2011, un médecin du SMR a relaté ce qui ressortait des documents reçus lors de l'enquête susmentionnée. L'enquêteur a ainsi indiqué avoir vu l'assuré: décharger la voiture, déplacer des panneaux et porter des caisses et les armatures du stand sans difficulté; monter son stand en utilisant sans aucune difficulté ses deux bras levés au-dessus de sa tête; installer la marchandise sur le stand, prendre des objets qui étaient par terre en porte-à-faux, sans plier les genoux, et les soulever sans aucune difficulté; sourire et rigoler à plusieurs reprises et discuter avec son épouse et d'autres marchands; marcher sans boiterie. Le médecin a relevé que les conclusions des médecins du COMAI du CIP étaient en totale contradiction avec les observations susmentionnées, qui montraient un assuré qui ne présentait aucune limitation fonctionnelle, ni sur le plan physique, ni sur le plan psychique. Dans un rapport du 26 janvier 2011, le Dr. LQ _____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à un épanchement intra-articulaire et à un kyste poplité plurilobé, une déchirure de grande III de la corne postérieure du ménisque interne et une dégénérescence du ménisque externe, une tendinopathie quadricipitale et rotulienne avec dégénérescence, et une dégénérescence au sein des faisceaux du ligament croisé antérieur, sans rupture. Lors d'un entretien du 4 février 2011, l'assuré a tout d'abord déclaré qu'il lui était impossible de travailler. Après avoir été confronté aux résultats de la surveillance, il a expliqué qu'il montait et démontait le stand en dix-quinze minutes, portait les caisses et aidait parfois son épouse à la vente. Dans un rapport du 22 mars 2011, le Dr S _____ a jugé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité exercée depuis le 10 avril 2008. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement, à une amélioration de la capacité de travail. Dans un rapport non daté reçu en retour le 26 avril 2011 par l'OAI, le Dr LR _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, est arrivé à la même conclusion après avoir posé les nouveaux diagnostics de déchirure du ménisque interne du genou droit et obésité. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes: 50% au maximum d'activités uniquement debout, pas d'activités exercées principalement en marchant, en se penchant, en travaillant avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, en rotation assis/debout, nécessitant de soulever/porter plus de 3-4 kg, de monter sur une échelle ou un échafaudage, de monter les escaliers. Le 2 novembre 2011, il a confirmé son rapport ci-dessus, en modifiant ses diagnostics pour rajouter des gonalgies droites sur gonarthrose interne droite débutante, et préciser que la déchirure du ménisque était partielle. Il a rajouté les limitations fonctionnelles suivantes: pas d'activités uniquement debout, 50% au maximum d'activités dans différentes positions, pas d'activité nécessitant de porter plus de 5 kg. Par contre, l'assuré pouvait travailler avec les bras au-dessus de la tête, pour autant qu'il ne s'agisse pas d'activités répétitives. Dans un rapport

d'expertise du Bureau romand d'expertises médicales (ci-après BREM) du 21 décembre 2011, les Drs LS _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et LT _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une déchirure bilatérale du sus-épineux et syndrome sous-acromial au niveau des deux épaules, une subluxation chronique du tendon de long chef du biceps gauche, un status après suture de la coiffe des rotateurs et une acromioplastie des deux épaules, présents depuis 2005, une obésité morbide en constante aggravation depuis 2005, des gonalgies droites sur une déchirure de grade III du ménisque interne depuis 2010. Ils ont également posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de syndrome de dépendance au tabac, d'hypertension artérielle traitée, et de syndrome d'apnées du sommeil sévère, appareillé. Ils ont relevé qu'il n'y avait aucun diagnostic, avec ou sans répercussion sur la capacité de travail, sur le plan psychique. Ils ont conclu à une incapacité de travail totale dans l'emploi préalable d'aide-chauffeur et dans toutes activités de septembre 2005 à décembre 2008, pour des raisons somatiques. Une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 30% dans un emploi adapté était à mettre en valeur depuis le 1^{er} janvier 2009, soit six mois après la deuxième intervention chirurgicale (épaule gauche). Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: mouvements répétés des deux épaules, soulever au-dessus de l'horizontale des charges de plus de dix kilos, monter ou descendre, de façon répétée, des escaliers ou des échafaudages, se baisser ou se relever de façon répétée, les positions à genou et accroupie, la marche sur terrain accidenté. Par projet d'acceptation de rente du 23 mars 2012, l'OAI a informé l'assuré que dans la mesure où il présentait un degré d'invalidité de 100% à l'échéance du délai de carence, le 13 septembre 2006, il avait droit à une rente entière dès le 1^{er} septembre 2006. Par ailleurs, il présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 100%, avec une diminution de rendement de 30%, depuis le 1^{er} janvier 2009, ce qui menait à un degré d'invalidité de 26%. La rente entière devait donc prendre fin le 31 mars 2009. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées car elles ne permettraient pas de réduire le dommage. L'assuré s'est opposé à ce projet par courrier du 7 mai 2012, joignant: a) un courrier du 19 avril 2012 du Dr S _____, qui indiquait qu'il n'avait constaté aucun changement de son état de santé depuis début 2009 et qui estimait qu'il était inapte à 100% dans son activité professionnelle habituelle, et apte à 50% seulement dans une activité adaptée à son état de santé; b) un courrier du même jour du Dr Q _____, qui relevait que le problème de la persistance de la somnolence diurne malgré le traitement par CPAP diminuait sa capacité de travail d'environ 50% et qu'il serait judicieux d'effectuer une polysomnographie (examen du sommeil complet) sous CPAP avec un test du maintien de l'éveil pour obtenir une valeur objective de la somnolence; c) un courrier du 27 avril 2012 du Dr T _____, qui estimait que s'il était vrai que l'état clinique de l'assuré avait montré une certaine stabilisation, il était incorrect de le considérer comme exempt de troubles psychiatriques; sa capacité de travail n'était ni nulle, ni totale, et nécessitait une évaluation par le biais d'un bilan socio-professionnel d'un service compétent tel que la Fondation intégration pour tous. L'OAI a confirmé son projet de décision le 26 juillet 2012. Les éléments médicaux apportés par l'assuré n'étaient pas à même de modifier les conclusions précédentes, il n'y avait ni aggravation de l'état de santé de ce dernier, ni nouvelle atteinte. Par recours du 12 septembre 2012, l'assuré a conclu à des prestations de l'assurance-invalidité et au versement d'une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 30 mars 2009, soulignant que l'avis des experts LS _____ et LT _____ était contredit par les différents médecins traitants, et que l'enquête diligentée par l'OAI avait

induit en erreur les médecins, dans la mesure où elle ne précisait pas que l'assuré aidait sa femme seulement pendant un laps de temps de 10 à 15 minutes, le matin et le soir, qu'il portait des charges de moins de 5 kilos et qu'il n'avait pas du tout participé à la vente des marchandises. L'intimé a conclu au rejet du recours, soulignant que l'expertise bi-disciplinaire du BREM devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, et que les avis des médecins traitants du recourant n'étaient pas de nature à remettre en question cette dernière. Par ailleurs, le recourant avait pu s'exprimer à deux reprises postérieurement au rapport de surveillance, et compléter les informations qui y étaient contenues. Dans sa réplique, le recourant a persisté dans ses conclusions, estimant que les experts n'avaient non seulement pas pris en compte la globalité des atteintes dont il souffrait, mais avaient également minimisé les atteintes retenues. Il convenait d'écarter le rapport desdits experts pour se fonder sur les appréciations concordantes des médecins traitants. Dans sa duplique, l'intimé a maintenu ses conclusions. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). En l'espèce, la décision litigieuse, du 26 juillet 2012, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision), et le 1er janvier 2012, des modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4ème et 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATF non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. L'objet du litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a limité le droit du recourant à une rente du 1er septembre 2006 au 31 mars 2009 et a nié son droit à des mesures d'ordre professionnel. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17

LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; ATF non publié 9C_1006/2010 du 22 mars 2011, consid. 2.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATF non publié I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATF non publié I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Il convient, en premier lieu, de déterminer si l'état de santé du recourant s'est amélioré de manière déterminante depuis le mois de janvier 2009, comme retenu par l'intimé. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. L'atteinte à la santé n'est pas à elle seule déterminante; elle ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATF non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid.

2.1). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; ATF non publié I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a; ATF 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b; ATF 122 V 162 consid. 1d). a) En l'espèce, la décision de l'intimé est principalement basée sur l'expertise bi-disciplinaire effectuée par les Drs LS_____ et LT_____ le 21 décembre 2011. Ceux-ci ont retenu, en substance, que: (i) sur le plan somatique, l'atteinte au niveau de la coiffe des rotateurs

n'empêchait pas les mouvements d'élévation ou d'abduction des épaules, mais empêchait tous les mouvements répétés des épaules et ceux nécessitant de soulever de lourdes charges; l'obésité morbide dont souffrait le recourant rendait ses déplacements lents et difficiles et les gonalgies constatées l'empêchaient d'effectuer certains mouvements et déplacements; (ii) sur le plan psychique, le recourant présentait un épisode dépressif en rémission depuis au moins le printemps 2010; ses plaintes n'avaient pas été objectivées lors de l'examen, ce qui concordait avec les photos et vidéos effectuées lors de l'enquête, qui infirmaient une symptomatologie dépressive moyenne, sévère, voire légère. En raison des atteintes somatiques, le recourant présentait des limitations dans la capacité d'effectuer des mouvements répétés, de soulever au-dessus de l'horizontale des charges de plus de 10 kilos, de monter ou descendre de façon répétée des escaliers ou des échafaudages, de se baisser ou se relever de façon répétée, d'être en position à genou ou accroupie et de marcher sur un terrain accidenté. S'agissant de la capacité de travail, sur le plan somatique, la capacité du recourant était nulle depuis 2005 dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée auxdites limitations fonctionnelles, sous réserve d'une diminution de rendement de 30% en raison de son obésité morbide. Sur le plan psychique, on pouvait admettre un arrêt de travail de 50% à 100% sur des périodes qui n'avaient pas excédé un année au total. Au jour de l'expertise, l'assuré ne présentait aucun trouble psychique. b) Le rapport d'expertise a été établi sur la base d'un résumé des éléments ressortant des documents médicaux et administratifs à disposition, d'une anamnèse détaillée, comprenant un volet familial, médical, social et professionnel, sur les plaintes du recourant, ainsi que sur les examens cliniques rhumatologique et psychiatrique du 7 juillet 2011. Les experts ont clairement exposé leurs constatations cliniques et motivé leurs conclusions, ainsi que les raisons pour lesquelles ils ont retenu chacun des diagnostics et les limitations somatiques que certains d'entre eux engendrent, et les raisons pour lesquelles ils ont exclu tout diagnostic sur le plan psychique. De plus, aucune pièce médicale versée au dossier ne permet de remettre en cause les conclusions des Drs LS _____ et LT _____. Les courriers des Dr S _____, Q _____, et T _____ d'avril 2012 ne font ainsi état d'aucun diagnostic qui n'aurait pas été retenu par les experts. De plus, les Dr S _____ et Q _____ n'ont pas motivé leur appréciation de la capacité de travail du recourant, le second ne précisant par ailleurs pas s'il se référait à l'activité habituelle du recourant ou à une activité adaptée. De surcroît, on peine à comprendre pour quelle raison le recourant n'aurait plus, selon le Dr Q _____, qu'une capacité de travail d'environ 50% en avril 2012, en raison de la persistance d'une somnolence diurne, alors que l'index d'apnées hypopnées du recourant s'est normalisé à 4.7/h, et qu'en août 2007, lorsque que le même index s'élevait à 24.5/h, le médecin concluait à une capacité de travail de 80% dans la profession habituelle et une capacité entière dans une activité adaptée. La même question se pose si on se réfère au rapport de mars 2009, dans lequel le Dr Q _____ considérait que la capacité de travail du recourant était totale dans l'activité habituelle, alors qu'il ne constatait qu'une «légère amélioration de la somnolence diurne» du recourant. L'appréciation évasive de la capacité de travail du recourant par le Dr T _____ ne permet pas d'en tirer argument. De plus, contrairement à ce qu'il a affirmé, il ressort de l'expertise que les conclusions des Drs LS _____ et LT _____ reposent sur l'examen de l'entier du dossier, et non seulement sur un examen clinique unique. De même, l'argument selon lequel le rapport de surveillance a induit en erreur les médecins car il ne mentionnait pas que le recourant n'aidait sa femme que pendant dix à quinze minutes ne peut être suivi, dans la mesure où les experts ont tenu compte de cet élément. De plus,

contrairement à ce qui est allégué par le recourant, il a lui-même admis aider parfois son épouse pour la vente, en sus de l'installation du stand et le port des caisses de marchandises. Enfin, il n'a pas rendu vraisemblable qu'il ne portait que des charges de moins de 5 kilos. En tout état de cause, les Drs LS _____ et LT _____ ont retenu une limitation fonctionnelle relative au poids maximal des charges à soulever. c) Eu égard à ce qui précède, la Cour estime que le rapport d'expertise du 21 décembre 2011 remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit accordée une pleine valeur probante, et qu'il convient de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, à une capacité de travail entière, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, sous déduction d'une diminution de rendement de 30% pour des raisons somatiques, dès le 1 er janvier 2009. Reste à examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant. a) En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 ; ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de

travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATF non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; ATF non publié B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). b) En l'espèce, la capacité de gain du recourant s'est améliorée en janvier 2009 et depuis lors, sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée à ses limitations, avec une diminution de rendement de 30%. Ainsi, dans la mesure où le changement important de la capacité de travail ayant une incidence sur la capacité de gain remonte à 2009, il convient de se placer à la même année pour procéder à la comparaison de revenus (ATF non publié I 95/07 du 15 février 2008, consid. 5). S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé s'est correctement référé au revenu annuel de 55'250 fr. que le recourant aurait perçu en 2007 selon l'attestation remplie en janvier de la même année par son employeur. Ce revenu doit être indexé en fonction de l'Indice suisse des salaires jusqu'en 2009 (et non 2010 comme l'a indiqué par mégarde l'intimé tout en ayant indexé jusqu'en 2009), ce qui le porte à 57'652 fr. Pour le revenu d'invalidé, le recourant n'ayant pas repris d'activité lucrative, la référence au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives est conforme à la jurisprudence. Selon l'ESS 2008, ce revenu mensuel était de 4'806 fr. en 2008 pour 40 heures hebdomadaires, 13^{ème} salaire compris, soit un revenu annuel de 57'672 fr. Indexé à 2009 et en tenant compte de la durée normale de travail de 41.6 heures selon la statistique sur la durée normale du travail (DNT) ainsi que de la diminution de rendement de 30%, ce revenu est de 42'868 fr. Par ailleurs, contrairement à ce qui a été retenu par l'intimé, la Cour estime qu'il convient d'appliquer, conformément à la jurisprudence, un facteur de réduction sur le salaire statistique qui tient compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 126 V 75 consid. 5). En effet, le rapport d'expertise

du 21 décembre 2011 rattache expressément et exclusivement la diminution de rendement de 30% à l'obésité morbide dont souffre le recourant, alors que les limitations fonctionnelles du recourant sont rattachées aux gonalgies et aux atteintes aux épaules de ce dernier. Partant, compte tenu desdites limitations fonctionnelles, de l'âge du recourant au moment de la décision litigieuse - 51 ans, ce qui est encore éloigné de l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (ATF non publié 9C_104/2008 du 15 octobre 2008 et les références) -, du fait que le recourant a la nationalité suisse, de sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée sous réserve de la diminution de rendement, et du fait qu'il a travaillé près de 9 ans auprès du même employeur, une réduction de 15% se justifie. c) Le revenu avec invalidité du recourant s'élève en définitive à 36'438 fr., qui, une fois comparé avec le revenu sans invalidité de 57'672 fr., donne un taux d'invalidité de 37% [(57'627 fr. - 36'438 fr.) x 100] : 57'627 fr.). Si ce taux est supérieur à celui retenu par l'intimé, il reste néanmoins en-deçà du degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente. Reste encore à se prononcer sur le droit à une éventuelle mesure d'ordre professionnel. a) Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATF non publié I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (ATF non publié 9C_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). b) En l'occurrence, le recourant s'est contenté de prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mars 2009, sans préciser à quelles

mesures d'ordre professionnel il aspirait, le cas échéant, et pour quelles raisons. Le recourant a refusé le stage qui lui avait été proposé par la CII-MAMAC en mars 2008 pour des motifs qui ne reposaient sur aucun rapport médical et étaient en contradiction avec le rapport de son psychiatre traitant de la même période. Il est vrai que le recourant ne peut plus travailler en qualité d'aide-chauffeur voirie. Cela étant, vu les limitations fonctionnelles qu'il présente - éviter les mouvements répétés, de soulever au-dessus de l'horizontale des charges de plus de 10 kilos, de monter ou descendre, de façon répétée des escaliers ou des échafaudages, de se baisser ou se relever de façon répétée, d'être en position à genou ou accroupie et de marcher sur un terrain accidenté - il y a lieu de considérer qu'un marché équilibré du travail offre un éventail des postes de travail suffisamment large, diversifié et adapté à ces dernières et pour lesquels une simple mise au courant suffit. De plus, le recourant n'est pas dépourvu de formation: il a en effet à son actif un diplôme de mécanicien de précision et un diplôme de perfectionnement dans la même branche, et a travaillé en cette qualité pendant dix ans. Il pourrait donc mettre à profit sa formation et son expérience dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, comme l'a relevé à bon droit l'intimé, en obtenant, depuis 2007, une carte de légitimation comme vendeur de produits manufacturés et en travaillant effectivement sur les marchés pour monter le stand de son épouse, porter les caisses de marchandises et installer ces mêmes marchandises, voire même, selon ses dires, aider parfois son épouse pour la vente, le recourant a démontré qu'il possédait d'excellentes facultés d'adaptation pour trouver un emploi sur le marché du travail. Il faut donc conclure que c'est également à bon droit que l'intimé a nié le droit du recourant à une mesure d'ordre professionnel. Mal fondé, le recours sera rejeté. Un émolument de 200 fr. sera mis en charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière: Brigitte BABEL La présidente: Florence KRAUSKOPF Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le